OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY LIBRARY

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877 **THÈSE** N° 314

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le 17 juillet 1877, à 1 heure.

Par Federico GACITUA,

Né a S. Pedro d'Alcantara (Chi'i), le 18 juillet 1850.

Médaille d'or accordée par le bureau de bienfaisance du Chili (Amérique du Sud), pendant la grande épidémie de variole 1872.

ESSAI

SUR

LES KYSTES DE L'ORBITE

Président de la Thèse : M. LF FORT, *professeur*

Juges : MM. GOSSELIN, *professeur*
DUGUET, FERNET, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1877

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physiologie médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. ANGER.	MM. CHARPENTIER.	MM. FERNET.	MM. LECORCHE
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LE DENTU.
BLUM.	DELENS.	GAUTIER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DE SEYNES	GUENIOT	NICAISE.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LANNELONGUE	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.*
— des maladies des enfants	N.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	GUYON.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

154763

A MIS AMIGOS

ANTONIO M. GALLO

MANUEL CARRERA PINTO

JUSTINO FAGALDE

AMBROSIO RODRIGUEZ OJEDA

MANUEL A. MUXICA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Léon LE FORT

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

A M. Adolphe GUBLER

Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Beaujon.

A M. Simon DUPLAY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux,
Membre de la Société de chirurgie.

ESSAI

SUR

LES KYSTES DE L'ORBITE

INTRODUCTION.

L'idée première de ce modeste travail m'a été inspirée par l'observation d'un malade atteint d'une affection de l'orbite, que j'ai eu l'occasion de suivre dans le service de M. Duplay, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui, sans cause appréciable, sentit une tumeur siégeant à la partie supérieure et interne de l'orbite droite. Cette tumeur rénitente, lisse, indolente, donnant par la ponction issue à un liquide très-légèrement jaunâtre, me parut être un kyste développé dans une des bourses séreuses qu'on trouve entre le muscle droit supérieur de l'orbite et l'élévateur de la paupière, ou entre celui-ci et la paroi supérieure de cette cavité, bourses séreuses très-bien décrites par M. Demarquay. (*Demarquay, Des tumeurs de l'orbite*).

« Les kystes de l'orbite ne sont pas très-fréquents, a écrit M. le professeur A. Berard. Beaucoup de médecins n'ont pas eu l'occasion de les observer dans leur prati-

que privée, et ceux qui sont à la tête du service chirurgical des hôpitaux n'en rencontrent que de loin en loin des exemples. Sur deux à trois mille personnes qui se présentent chaque année à notre clinique ophthalmologique, nous n'en avons vu que deux cas, et encore l'un des deux nous avait-il été adressé par un de nos confrères. » (*Aug. Bérard. Recherches pratiques sur les tumeurs enkystées de l'orbite. Ann. d'oculist.* 1844. t. XII. p. 162).

Depuis le mois de septembre 1876 jusqu'au mois de juin 1877, je n'en ai trouvé, en parcourant les hôpitaux et les cliniques ophthalmologiques privées de Paris, que ce seul cas. J'ai étudié avec soin les différents travaux qui ont été publiés sur cette question, je suis parvenu à réunir un certain nombre d'observations que je présente en y joignant mon observation personnelle.

J'ai cherché à condenser les résultats de la science sur ce point si délicat et si difficile. Je ne me suis pas dissimulé les difficultés de ma tâche ; mais de précieux encouragements venus de mes maîtres, le concours de mes camarades et amis sont venus faciliter mon travail.

Je prie mon excellent maître. M. Simon Duplay, de recevoir ici le témoignage de ma gratitude, pour la bienveillance avec laquelle il m'a donné ses conseils si précieux.

Je ne voudrais pas non plus laisser passer l'occasion de témoigner toute ma reconnaissance envers la France, ce pays si beau, si grand, si généreux, où j'ai rencontré tant de maîtres bienveillants, tant d'amis dévoués, dont je garderai toujours le plus doux et le plus cher souvenir.

OBSERVATION.

Le nommé Leconte (Alexandre), âgé de 12 ans, sans profession, constitution faible, tempérament lymphatique, entré le 8 septembre 1876, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 34, service de M. Duplay.

Histoire de la maladie.— Ce malade, qui n'a pas d'antécédents héréditaires, avait toujours eu une santé parfaite ; mais il y a deux ans, sans cause appréciable, il se plaignit de douleurs dans les genoux et dans la tête. Il resta alité pendant deux mois, avec de la fièvre ; à cette époque il fut pris d'une sorte de syncope sans mouvements convulsifs. Après cet accident, les douleurs des jambes disparurent, ainsi que celles de la tête ; par la suite elles revenaient et disparaissaient, mais elles n'étaient jamais continuelles.

Cinq ou six mois plus tard le malade s'aperçut que son œil grossissait et sortait de l'orbite. Un médecin de la ville fit appliquer des vésicatoires et des cataplasmes à la tempe droite.

Etat actuel. — L'*œil droit* est projeté en avant, en dehors et en bas de l'orbite ; la *conjonctive* et la *sclérotique* sont injectées. La partie inférieure et interne de la conjonctive est œdématiée et vers le grand angle de l'œil, elle forme une saillie qui dépasse beaucoup les bords internes des paupières ; au niveau de la partie inférieure de la cornée elle forme aussi une légère saillie ; la *cornée* est dépolie, à la partie inférieure on aperçoit de petits exsudats interstitiels ; la *pupille* est immobile ; la *vision* est complétement abolie depuis quinze jours. Presque tout le côté supéro-interne de l'orbite jusqu'à la limite du tiers moyen avec le tiers externe, est occupé

par une tumeur du volume d'un œuf de pigeon et à surface lisse. Cette tumeur est rénitente, fluctuante, et assez profondément placée dans l'orbite pour qu'on ne puisse pas trouver la limite postérieure ; cette tumeur est immobile, irréductible, indolente à la pression. Il y a absence de toute espèce de phénomènes convulsifs. La *paupière supérieure* glisse facilement sur la tumeur, et les *mouvements* de l'œil sont abolis. Il n'y a ni battements artériels, ni souffle.

L'enfant est normalement développé pour son âge. Toutes les fonctions s'exécutent bien.

9 *septembre*. — M. Duplay pratique une ponction exploratrice à l'angle interne de l'œil. Cette ponction donne issue à une grande cuillerée à bouche d'un liquide très-légèrement jaunâtre. L'œil reprend sa place normale, et la *vision*, complètement abolie depuis quinze jours, revient tout à fait. Après l'opération on fait une légère compression avec de la ouate et une bande.

L'examen chimique du liquide a été fait par M. Lutz, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis. Il y a trouvé de l'eau, un peu d'albumine et beaucoup de chlorure de sodium.

L'examen histologique fait par M. Ranvier, au collége de France, a montré l'absence de crochets d'échinocoques.

Diagnostic. — Le diagnostic de M. Duplay fut : « Kyste de l'orbite siégeant dans une des bourses séreuses développées entre le droit supérieur et l'élévateur de la paupière supérieure. »

Pronostic. — M. Duplay porta le pronostic suivant :

« On parviendra à le guérir, mais il est impossible de savoir si la vision persistera. »

Marche de la maladie.— 10 septembre. Le liquide s'est reproduit et la tumeur a pris un volume égal à celui qu'elle avait la veille.

11. — On constate du gonflement et de la rougeur à la racine du nez et à la paupière supérieure droite. L'œdème a gagné l'œil gauche, et les paupières de ce côté sont gonflées et rouges ; ni céphalalgie ni fièvre. M. Duplay fait appliquer des compresses imbibées d'eau de sureau et ordonne un verre d'eau de sedlitz.

13. — La rougeur et l'œdème de la paupière supérieure droite ont diminué ; même diminution de la rougeur et de l'œdème à l'œil gauche.

15.— Après administration de chloroforme, M. Duplay fait une incision de trois centimètres au niveau de la paupière supérieure et parallèlement aux fibres de l'orbiculaire. Il met à nu une paroi kystique grisâtre, épaisse, et fibreuse ; incisée, cette poche laisse écouler un liquide louche, beaucoup plus épais que le premier. L'œil ne revient pas à sa place aussi complétement que la première fois. M. Duplay place dans la plaie un tube à drainage et ordonne des cataplasmes de fécule.

16. — Le malade a passé une bonne nuit et ne souffre pas. Diminution du gonflement et de la rougeur.

18. — Un érysipèle s'est développé dans la région orbitaire droite, gagnant aussi un peu la région orbitaire gauche. Température 37°09, mat. et 38,04 soir. 96 pulsations.

19. — Au niveau de la plaie, suppuration abondante ; gonflement augmenté des deux côtés. Température 38,03 mat.; 39,03 soir.

20. — Température 39° mat. On donne au malade 50 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en deux fois ; de la limonade vineuse et du bouillon.

21. — Le gonflement commence à diminuer des deux côtés. Température 38,07 mat.; 39° soir.

23. — Ce matin on trouve au niveau de la plaie des plaques d'un enduit pultacé, jaunâtre et adhérent. Le gonflement persiste des deux côtés et gagne même la peau du nez. Température 37,08 mat.; 38° soir. Les plaques sont touchées avec un pinceau imbibé d'une solution de perchlorure de fer. Sur toute la région malade, on applique des compresses à l'eau de sureau.

26. — On constate l'existence d'un abcès ganglionnaire à la partie inférieure de la région parotidienne droite. Une incision donne issue à une grande quantité de pus. L'œil malade va mieux. Température 37,06 mat.; 38° soir.

28. — Le gonflement diminue beaucoup, mais la vue ne revient pas. Les endroits couverts de petites plaques pultacées sont touchées avec la solution de perchlorure de fer.

2 *octobre.* — On applique des compresses imbibées d'une solution d'hyposulfite de soude au dixième et on touche les bords de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

9. — L'exophthalmie diminue et la plaie ne présente plus d'enduit pultacé. La partie inférieure de la cornée est le siége de petites ulcérations. On observe aussi l'existence de synéchies antérieures. Application d'un collyre d'atropine deux fois par jour et pansement sec.

19. — Les ulcérations de la cornée commencent à se cicatriser. L'œil est encore gêné dans ses mouvements. On observe toujours à la partie interne de la conjonctive

l'œdème qui existait avant l'opération. Collyre d'atropine trois fois par jour et cataplasmes de fécule.

2 *novembre*. — L'œdème augmente et gagne toujours la partie inférieure et externe de l'œil malade ; la rougeur de toute la conjonctive apparait de nouveau. Même pansement.

Alors seulement l'état de la cornée permit l'examen ophthalmoscopique. M. Duplay constata une suffusion séreuse de la choroïde et de la rétine ; la pupille était presque effacée et les vaisseaux peu apparents.

6. — L'œdème et la rougeur diminuent ; le malade se trouve beaucoup mieux, mais il a seulement la sensation de lumière sans pouvoir distinguer les objets.

23. — L'œdème de la partie interne et inférieure de la conjonctive a presque disparu ; les mouvements de l'œil se font plus facilement, la vision est assez rétablie pour que le malade demande sa sortie.

20 *décembre*. — Le malade est venu à la consultation presque guéri ; il présentait seulement un peu de strabisme externe. Il dit s'en aller à la campagne.

25 *mai* 1877.— Le malade vient à la consultation de M. Duplay ; et celui-ci constata l'intégrité de la vision et des mouvements de l'œil, sauf un très-léger strabisme externe.

ÉTIOLOGIE.

On ne sait encore rien sur l'étiologie des kystes de l'orbite ; l'obscurité la plus complète règne sur les causes qui peuvent les occasionner. La plupart des auteurs les croient plus communs à l'âge adulte et principalement chez les individus de tempérament lymphatique ; le sexe féminin y serait plus exposé. Le point le plus in-

téressant est relatif à l'endroit où se développent ces tumeurs. D'après les auteurs, elles siégeraient plus souvent près des parois supérieure et inférieure que des parois latérales.

Parmi les causes déterminantes de ces kystes, on attribue une certaine influence au refroidissement, aux contusions sur les régions orbitaires, temporale et frontale, à une chute sur l'occiput, à l'extirpation des kystes des paupières et à l'inflammation de la conjonctive.

Les kystes développés dans la glande lacrymale peuvent être consécutifs à une contusion reçue à la partie externe de la paupière supérieure, à une inflammation, à une brûlure ; ils peuvent dépendre de toute cause produisant l'oblitération d'un ou de plusieurs conduits de la glande, et en effet les larmes, ne trouvant aucune issue, s'accumulent dans un conduit excréteur ou dans un cul-de-sac et donnent ainsi lieu à une formation kystique.

Les kystes de la glande lacrymale seraient dus aussi à l'accumulation du produit de sécrétion dans le tissu cellulaire inter-lobulaire. L'existence de ces kystes déterminerait toujours la propulsion de l'œil en dedans et en bas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Selon leur siége, les kystes de l'orbite peuvent être divisés en deux grandes catégories :

1° Kystes qui se développent en dedans de l'orbite, soit dans la glande lacrymale, soit dans le tissu cellulaire ;

2° Kystes qui se développent dans les parois orbitaires.

Nous pouvons diviser aussi les kystes de l'orbite d'a-

près leur constitution, en quatre classes : kystes séreux, hydatiques, lacrymaux et osseux.

Kystes séreux. — Ces kystes sont les plus communs de la cavité orbitaire.

Leur siége est variable ; mais ils sont plus fréquents près des parois supérieure et inférieure que des parois latérales. Ces kystes se développent dans le tissu cellulaire de l'orbite, surtout dans celui qu'on trouve entre la paroi supérieure et le muscle élévateur de la paupière ou entre l'élévateur et le droit supérieur. En effet, Demarquay dit avoir trouvé plusieurs fois de petites bourses séreuses dans ces régions. Le volume de ces kystes varie généralement depuis celui d'un petit pois et au-dessus ; il peut être tel que, selon le siége, il peut produire l'atrophie de la glande lacrymale, l'agrandissement de la cavité orbitaire ou la perforation de ces parois du côté du cerveau, de la tempe, des sinus frontaux ou maxillaires, des fosses nasales, et donner lieu à des déformations et à des phénomènes de la plus haute gravité. La *forme* varie : ronde ou ovalaire, mais souvent elle s'accommode aux parties environnantes.

La *membrane d'enveloppe* est surtout mince, mais elle peut acquérir une épaisseur assez considérable ; sa structure est souvent si serrée, qu'on l'a comparée à celle de la dure-mère ; elle peut adhérer aux parties qui l'environnent. La *surface interne* est généralement lisse, d'aspect séreux, mais elle peut aussi ressembler à une muqueuse. Le *contenu* est un liquide clair, transparent, jaunâtre, quelquefois d'un aspect albumineux, brun, s'il y a eu quelque épanchement sanguin. Il peut aussi devenir purulent.

Obs. II. — Kyste simple. Injection iodée. Guérison.

Mlle Branger, âgée de 12 ans, 136, rue du Faubourg-Poissonnière, fut amenée à ma consultation le 25 février 1848. Chute, il y a cinq semaines, sur l'orbite gauche; huit jours après, apparition d'une exophthalmie du côté droit; depuis 8 jours, la vue se trouble ; il existe de la douleur dans le nez, la tempe, le front; à dater de cette même époque, cette douleur est parfois assez vive pour empêcher le malade de dormir. Cette enfant, qui est très-intelligente, dit éprouver dans l'orbite, au point correspondant à la tumeur, des élancements analogues à des piqûres d'épingles : ce sont ses propres expressions. Ces élancements sont plus prononcés le soir que dans la journée.

L'œil droit est abaissé vers la joue, et plus saillant que son congénère d'un centimètre à un centimètre et demi environ; les paupières les recouvrent encore assez facilement; ses mouvements sont presque impossibles en haut et très-restreints latéralement... Il existe de l'épiphora.

La paupière supérieure, lorsqu'elle est abaissée, paraît divisée en deux parties par un sillon transversal que limite, en bas, une saillie formée par le globe oculaire, et, en haut, une autre saillie produite par la tumeur elle-même. A des mouvements répétés des paupières, je m'assure que le muscle élévateur passe au-dessous de la tumeur et non au-devant. Les deux tiers externes de l'orbite ne présentent rien d'anormal; ce n'est que vers le tiers interne de cette cavité que l'on rencontre une tumeur à surface lisse, non bosselée, et qui peut avoir dans sa partie proéminente le volume d'une noisette. Cette tumeur n'est pas appréciable à la vue, elle n'atteint pas le niveau du rebord orbitaire; c'est à peine si elle se dessine légèrement, en soulevant un peu la base de la paupière supérieure. Elle paraît fixe, quoique susceptible de quelques déplacements latéraux... Sa consistance est un peu mollasse, et on peut croire à la fluctuation. Le globe oculaire ne présente rien d'anormal dans sa texture; l'iris est contractile; la vision est un peu moins nette que du côté opposé, sans autres caractères spéciaux; c'est ainsi qu'il n'existe ni myopie, ni presbyopie, sortes des lésions fonctionnelles que nous avons notées dans d'autres circonstances. J'essaie, comme médication interne, l'iodure de potassium à la dose de 0,50, puis de 0.75; à l'extérieur, je prescris des frictions avec l'onguent mercuriel. Ce traitement, continué cinq à six semaines, n'amène aucun résultat favorable.

25 mars. Je pratique sur la tumeur une ponction exploratrice avec une aiguille à cataracte; il s'écoule par la petite plaie plusieurs gouttelettes d'un liquide séreux. Les jours suivants, le kyste s'est vidé peu à peu et l'œil est rentré dans l'orbite; mais le liquide n'a pas tardé à se reproduire, et, le 20 avril, l'exophthalmie était encore plus prononcée qu'avant l'opération.

27 avril. Ponction avec un trocart d'un médiocre volume : issue d'une bonne cuillerée de sérosité transparente, ne présentant aucun caractère spécial ; puis je fais avec une seringue d'Anel deux injections successives avec le liquide suivant. Prenez : Eau distillée, 7 grammes ; teinture d'iode, 1 gramme ; iodure de potassium, 0,30. Je laisse une portion de ce mélange dans l'intérieur du kyste.

28. Gonflement inflammatoire assez violent ; pas ou peu de réaction générale.

30. Rougeur et infiltration de la paupière supérieure ; exophthalmie plus prononcée qu'avant l'opération ; larmoiement, douleurs assez prononcées dans l'orbite et au pourtour ; le gonflement généra de la région malade a été plus fort hier qu'il ne l'est aujourd'hui : infiltration œdémateuse légère de la joue correspondante.

4 mai. Il n'existe presque plus de gonflement de la paupière supérieure, qui a recouvré ses mouvements d'une manière à peu près complète. Les fonctions visuelles sont améliorées. Le kyste paraît assez distendu ; l'ouverture pratiquée est tout à fait cicatrisée. L'exophthalmie est déjà moins prononcée qu'avant l'opération, moins surtout qu'elle l'était pendant les premiers jours qui l'ont suivie.

9. L'œil est rentré d'une manière très-sensible dans sa cavité, et il ne dépasse que de fort peu son niveau normal ; mais la tumeur est devenue plus saillante ; la peau n'est pas rouge, et rien n'indique un état phlegmasique des tissus environnants. La consistance du kyste est beaucoup plus prononcée qu'avant l'opération ; sa forme est plus conique ; il semble que son intérieur soit le siége d'un travail d'adhésion qui s'établirait au moyen de lymphe plastique épanchée. Pas de douleurs.

23. L'œil est rentré à peu près complètement dans l'orbite ; la paupière supérieure est encore un peu boursouflée ; la tumeur est dure, conique, presque mobile ; elle est diminuée de volume depuis le dernier examen d'une manière très-sensible ; elle égale à peine aujourd'hui la grosseur d'un pois qui serait légèrement aplati. Le travail d'adhésion et de résorption des produits épanchés dans la cavité du kyste est évidemment en très-bonne voie. Plus d'épiphora ; vision normale. (*Javignot. Journ. des Conn. méd. chirurg.* t. XXXI, p. 12.)

Obs. III. — Orbitocèle puriforme et séreuse.

En 1829, Boyer m'invita à assister à l'ablation d'une énorme tumeur de l'orbite qu'il allait pratiquer chez une jeune personne, rue des Saints-Pères. L'orbitocèle se montrait vers la paroi inférieure, l'œil était repoussé en haut. Tout était prêt pour l'extirpation de l'œil et de la tumeur ; mais une ponction exploratrice ayant donné issue à un liquide puriforme, on procéda sur-le-champ à la dissection de la poche qui contenait cette matière ; on ménagea l'œil et la malade

guérit facilement en recouvrant la vue et les formes normales de ce côté. (*Roguetta. Traité d'ophthalmologie*, p. 647.)

Kystes hydatiques. — M. le professeur de Graefe a observé un cas de kyste hydatique siégeant entre le globe oculaire et le bord inférieur de l'orbite. Ces kystes peuvent aussi siéger au sommet de la cavité. Ces tumeurs, dues à une affection parasitaire, se développent dans le tissu cellulaire de l'orbite et se présentent sous l'aspect de poches renfermant un liquide clair, limpide, cristallin (*Cornil* et *Ranvier*).

Chacune de ces poches peut être considérée comme formée de quatre parties.

Une enveloppe conjonctive produite par irritation de voisinage et aux dépens du tissu conjonctif de l'orbite. Cette enveloppe se nomme *kyste adventif*.

La poche elle-même, qui est formée par deux tuniques, l'une extérieure en contact avec le kyste adventif, est une membrane sans structure, élastique et transparente, c'est le *kyste hydatique* proprement dit ; la seconde tunique tapisse la face interne de la membrane élastique et la sépare du liquide, c'est la *membrane granuleuse*. Ces granulations, comparables à des grains de sable, sont formées par une multitude de *vers microscopiques* désignés sous le nom d'échinocoques.

La poche est pleine d'un liquide aqueux, cristallin, ne coagulant ni par la chaleur, ni par les acides. Ce liquide est caractérisé principalement par l'absence d'albumine et la présence d'une grande quantité de chlorure de sodium.

Comment ces kystes se développent-ils chez l'homme?

Il est probable que les œufs qui existent dans les excréments des chiens, se mêlent à l'eau, s'incrustent sur

les végétaux et c'est grâce à ces véhicules qu'ils sont avalés par l'homme; l'enveloppe de l'œuf est détruite par le suc gastrique, et l'embryon, grâce à ses crochets et à ses petites dimensions, s'insinue à travers les divers tissus et s'arrête dans tel ou tel organe.

Obs. IV. — Kyste hydatique.

Charlotte E..., âgée de 10 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, vient nous consulter au mois de janvier 1863, à cause d'une petite tuméfaction qui se montre depuis quelques semaines sous la paupière inférieure de l'œil droit. Je constatai vers le centre de la paupière une petite tumeur arrondie, de quelques lignes de diamètre, peu proéminente, recouverte par l'orbiculaire et adhérente, à ce qu'il me paraissait, au périoste du bord inférieur de l'orbite. La palpation n'était pas douloureuse, la surface de la tumeur tendue, et je croyais sentir un peu de fluctuation, en sorte que j'inclinais à supposer l'existence d'un kyste. Pendant une observation de six semaines (on faisait des badigeonnages à la teinture d'iode), la tumeur s'accrut continuellement, en sorte qu'au commencement de mars la surface hémisphérique mesurait 14 millimètres et soulevait visiblement la paupière inférieure. La tumeur paraissait s'amincir en arrière sous forme d'un cône dont le sommet aurait un peu dépassé l'équateur du globe oculaire. Elle repoussait le globe considérablement en haut, et en empêchant la mobilité normale en bas, produisait une diplopie dans cette direction. Il n'existait pas d'exophthalmos, circonstance qui prouve que la tumeur ne s'étendait pas en arrière. Cette tumeur présentait maintenant au doigt une forte résistance, assez uniforme sur toute sa surface, sauf au centre de la face antérieure où la fluctuation était manifeste. A cet endroit, la peau était devenue, pendant ces derniers jours, rouge et douloureuse au toucher. La face antérieure et supérieure de la tumeur me paraissait adhérer intimement au cul-de-sac de la conjonctive, à travers laquelle on apercevait une coloration jaune rougeâtre lorsqu'on écartait la paupière inférieure. La face inférieure de la tumeur paraissait toucher directement, ou même adhérer au périoste.

J'étais hors d'état de préciser le diagnostic; seulement les symptômes développés pendant les derniers jours me faisaient présumer une suppuration partielle dans la partie antérieure de la tumeur. L'accroissement continuel indiquait la nécessité d'une opération qui fut pratiquée, en effet, le 2 mars. Je fis une large incision transversale à travers la paupière inférieure et le muscle orbiculaire au niveau

de la tumeur, que je disséquai soigneusement jusqu'à son extrémité postérieure. Mon aide attirant fortement la tumeur en avant, sa paroi intérieure, très-mince déjà, se rompit en un endroit circonscrit, et livra issue à quelques gouttes de pus liquide et à un petit corpuscule membraneux blanchâtre que je fis immédiatement examiner au microscope. La conjonctive fut légèrement perforée, puisque la surface de la tumeur adhérait intimement à la muqueuse amincie par la distension. On eut quelque peine à séparer la face inférieure de la tumeur du périoste, d'ailleurs sain, auquel elle était fortement adhérente.

La tumeur extirpée mesurait d'avant en arrière 22 millimètres; elle avait à sa grande extrémité antérieure une hauteur de 13 millimètres et une largeur de 15 millimètres. Elle était composée d'un tissu fibroïde très-dense et uniforme (*de Recklinghausen*), et présentait, près de sa paroi antérieure très-mince (rompue), une petite cavité sphérique d'un diamètre de 6 millimètres, qui avait renfermé le pus et le corpuscule membraneux. Ce dernier n'était autre qu'un entozoaire ratatiné, avec quelques dépôts de pus à sa surface; la tête et le col de l'animal étaient bien conservés et avaient tous les caractères spécifiques du *cysticercus cellulosæ*. La face interne de la cavité présentait, en outre, un foyer hémorrhagique assez étendu, était revêtue d'une membrane pyogénique verdâtre. L'enfant guérit parfaitement, et le globe oculaire reprit sa position, ainsi que sa mobilité anormales.

Le cas que nous venons de rappeler est remarquable à deux points de vue : d'abord par le siége du cysticerque dans l'orbite (derrière l'orbiculaire et l'aponévrose orbito-palpébrale), ce dont je n'ai pu trouver d'autre exemple dans la littérature, et puis par la formation d'une énorme capsule fibroïde, car c'est ainsi qu'il fallait, à mon avis (confirmé par Recklinghausen), envisager la masse de la tumeur. Cette formation nouvelle s'était produite de bonne heure, tandis que la suppuration de la cavité du cysticerque, caractérisée par la sensibilité et la rougeur de la peau dans les derniers temps, ne constituait qu'un phénomène ultérieur, fréquent dans les cas de cysticerque. (*De Graefe de Berlin. Clinique ophthalmologique*).

Obs. V. — Kystes hydatiques de l'orbite.

Cette observation présente ceci de remarquable, qu'une tumeur orbitaire développée entre le globe de l'œil et le plancher inférieur de l'orbite, tumeur ouverte à travers la paupière inférieure pour remédier à un exophthalmos considérable, fut trouvé contenir *neuf* kystes hydatiques, dont le plus gros pesait une demi-once, et le moindre avait le volume d'un pois. Cette tumeur avait mis six ans à se déve-

lopper et la vue avait été altérée dès le principe. Après l'opération, le globe reprit graduellement sa place, mais la vue ne s'éleva pas au-dessus d'une obscure perception de lumière. (*Mac-Gillivray-Australian Medical Journal*).

Obs. VI. — Kyste hydatique.

Le sujet de cette observation est un enfant âgé de 11 ans, qui me fut adressé au commencement de juin, par mon ami M. Girard, médecin à Gordanne. L'œil gauche repoussé en avant et vers le nez était tout hors de l'orbite; là, il était immobile, son axe était dirigé en dehors. Les paupières soulevées et distendues ne recouvraient l'œil qu'en partie; leurs bords libres, renversés en dedans, tournaient leurs cils contre cet organe. La conjonctive oculaire était injectée; la palpébrale l'était bien plus encore; la cornée avait perdu en partie sa transparence; cette membrane était obscurcie comme par un nuage; la faculté visuelle n'était point abolie dans cet œil, mais elle y était fort affaiblie. Les douleurs que le jeune malade accusait ne paraissaient être que le résultat de la compression et de la distension des parties. L'œil s'était ainsi déplacé peu à peu; les parents du malade avaient commencé à s'en apercevoir deux ans avant.

L'œil n'avait que son volume normal. La tumeur qui l'avait déplacé, faisait saillie au-devant du côté externe de la base de l'orbite. La fente palpébrale était considérablement allongée. En écartant les paupières vers leur commissure externe, on voyait, en dehors de l'œil, la tumeur recouverte par la conjonctive injectée et boursouflée.

Cette tumeur se distinguait très-bien de la base de l'orbite. Elle était dure, mais rénitente, et en la pressant alternativement avec deux doigts appliqués l'un sur la paupière supérieure, l'autre sur l'inférieur j'y apercevais une fluctuation qui ne me sembla jamais douteuse.

Je savais donc que je n'avais point affaire à une tumeur solide, mais à un kyste plein de liquide. Ce kyste ne pouvait être un athérôme ou un mélicéris; car il avait pris naissance au fond de l'orbite, loin, par conséquent, des cryptes sébacés, et n'avait évidemment que des rapports de contiguité avec la peau et la conjonctive. Était-ce un kyste purulent? un kyste séreux?

Le déplacement de l'œil n'avait pas été précédé ou accompagné d'accidents qui pussent autoriser la première supposition.

Les kystes séreux se forment dans un tissu cellulaire séreux, rarement, je crois, dans un tissu adipeux comme celui de l'orbite.

Je pensai que j'avais affaire à un kyste hydatique, et ce qui contribua beaucoup à me mettre sur la voie, c'est le souvenir d'un cas fort analogue à celui-ci, que j'avais observé chez un enfant, à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1828. Dans ce dernier cas, apparemment la tumeur ne faisait pas de saillie sur les côtés de l'œil déplacé, et le

boursouflement de la conjonctive augmentait le volume apparent de cet organe, ce qui fit croire qu'il était le siége d'une dégénérescence cancereuse. On crut devoir en faire l'extirpation. L'œil fut saisi avec la pince-érigne de Museux. Un premier coup de bistouri fit jaillir du fond de l'orbite un liquide aqueux, l'opération n'en fut pas moins continuée, et quand fut enlevé, l'hydatide tomba sur la joue du malade. L'œil n'était nullement dégénéré...

Je fis connaître mon opinion sur la nature de la tumeur à mes confrères; j'y mis toutefois quelque réserve; car on ne pouvait, dans un pareil cas, arriver à un diagnostic tout à fait positif.

Le 10 juin je procédai à l'opération, aidé de MM. Guivan et Blancard.

J'incisai la commissure externe des paupières jusqu'à la tempe, et mes deux aides se chargèrent d'écarter les bords de l'incision avec des crochets mousses. Pendant que je cherchais à inciser la conjonctive qui recouvrait la tumeur, le malade peu docile fit un mouvement en avant, le bistouri perça le kyste, et nous vîmes jaillir par la ponction un liquide d'une limpidité parfaite. La tumeur se flétrit et s'affaissa. Avec une pince à crochets je saisis alors le kyste et la conjonctive qui le couvrait, et j'en excisai un lambeau avec des ciseaux courbés. Le kyste fut aussi largement ouvert; j'y plongeai le doigt qui pénétra sans obstacle jusqu'au fond de l'orbite, puis, regardant au fond de la poche, j'y distinguai un corps blanc, opalin, membraniforme, ridé, que je retirai avec la pince; c'était une hydatide solitaire qui, distendue, avait dû avoir le volume d'une très-grosse noix.

L'hydatite extraite, l'œil est rentré de lui-même dans l'orbite, conservant sa direction oblique en dehors et s'est enfoncé plus profondément que son congénère.

J'ai réuni l'incision de la commissure palpébrale par trois points de suture entortillée et couvert l'œil et les parties voisines de compresses imbibées d'eau froide.

Dans la journée, il s'est fait un écoulement abondant de larmes et de sérosité sanguinolentes.

Le 11, au matin gonflement considérable des deux paupières; reproduction de l'exorbitisme; peu de douleur; fièvre nulle; pas de tuméfaction à l'incision.

Le soir il y a de la douleur et de la fièvre; le gonflement a beaucoup augmenté, il s'étend aux bords de l'incision qui sont douloureux et tiraillés par la suture, au nez, au front, aux paupières de l'autre œil. J'enlève les aiguilles de la suture, et je fais appliquer un cataplasme émollient.

Le 12, diminution notable du gonflement, écoulement abondant des larmes sanguinolentes et de pus. Les paupières peuvent s'entr'ouvrir. L'œil n'est guère moins saillant qu'avant l'opération; les douleurs et la fièvre ont presque cessé.

Le 13, suppuration toujours abondante; l'œil est beaucoup moins

saillant; le reste de la face est désenflé; il n'y a plus de fièvre ; l'appétit est vif; l'état général est parfait. L'incision de la commissure des paupières s'est réunie par première intention, quoique les aiguilles de la suture aient été retirées 36 heures après l'opération.

Le 17, la suppuration continue; l'œil a repris sa place dans l'orbite; son axe est toujours dévié en dehors; les paupières sont encore un peu tuméfiées; le jeune malade quitte la ville.

Il revient me voir le 1er juillet. Il n'existe alors aucune trace d'exorbitisme ni d'entropion. Le strabisme divergent est bien moins prononcé; l'œil peut se diriger en avant, mais ne peut pas encore se tourner vers le nez. Il n'existe plus d'injection à la conjonctive; la cornée s'éclaircit; la vue s'est déjà notablement améliorée. (Goyrand, *Ann. de chirurgie française et étrangère.* 1843, t. VIII, p. 475.)

Kystes lacrymaux. — Les kystes lacrymaux peuvent se développer dans la *portion palpébrale* ou dans la *portion orbitaire* de la glande. La *paroi* est mince, et son examen microscopique a montré que sa face interne est tapissée d'un épithelium cylindrique comme celui qui revêt les conduits excréteurs de la glande. Le *contenu* de ces kystes est un liquide transparent, incolore, ressemblant à de l'eau. Ce liquide se rapproche assez de la composition normale des larmes par l'eau et les sels qu'il contient, mais il en diffère par la quantité d'albumine, ce qui résulterait, selon M. Duplay, de la stagnation des larmes dans la cavité kystique. Leur *siége* le plus habituel est l'angle externe de la paupière supérieure. Leur *volume* varie entre celui d'un pois et celui d'une petite noix. La tumeur qu'ils forment est mobile, transparente, fluctuante, indolente, sans changements de coloration à la peau.

Obs. VII. — Kyste lacrymal de la portion palpébrale de la glande.

Un malade qui est actuellement à Bicêtre dans le service de M. Broca, présente une tumeur curieuse au niveau de l'angle externe de l'œil. Cet homme a été brûlé dans son enfance et il lui reste un ectropion. Au mois d'avril dernier, il s'est aperçu qu'une tumeur se

développait dans l'angle externe de l'œil. Elle a grossi peu à peu et actuellement elle offre le volume d'un petit œuf de pigeon. Elle est un peu aplatie, rougeâtre à sa surface, franchement fluctuante et transparente. Quand on examine avec soin le siége de cette tumeur, on voit qu'elle était située au niveau des conduits lacrymaux. On aperçoit en haut deux petits orifices, qui sont les orifices des conduits lacrymaux, et autour de ces points de petits pertuis appartenant aux glandules lacrymales, qui sont assez nombreuses en cet endroit. En exposant cet homme à l'action des rayons solaires, on a pu voir sourdre un liquide aqueux, transparent, des larmes de tous ces petits orifices. Une petite ponction pratiquée à cette tumeur a donné issue à du liquide clair, fluide et parfaitement transparent. La poche vidée, M. Broca sentit dans le fond du cul-de-sac oculo-palpébral interne une petite tumeur résistante qui échappe à l'exploration quand la poche est pleine.

Le kyste s'est rempli depuis la ponction. Cette tumeur paraît être rapprochée de la grenouillette; on sait qu'auteur de la glande lacrymale se trouvent les canalicules excréteurs des glandules excessives de Rosenmüller; peut-être l'un d'eux est-il le siége de ce kyste, et la petite tumeur dure, résistante, que l'on sent très-bien dès que le kyste est vide, est-elle constituée par l'hypertrophie de l'une des glandules de Rosenmüller. M. Broca a ponctionné le kyste, il en est sorti un liquide opalin un peu visqueux; une injection iodée a été faite immédiatement après.

L'analyse de ce liquide, faite par M. Réveil, a donné le résultat suivant : Poids, 2,63. Soumise à l'ébullition, l'albumine se coagule; celle-ci, desséchée exactement, pesait 0,06.

Eau.	96,87 p. 100.
Albumine.	2,86
Sels inorganiques . . .	0,78
Matières grasses. . . .	(Des traces)

(*Broca*, *Union médicale*. *Avril* 1861, p. 159.)

Obs. VIII. — Kyste simple de la glande lacrymale. Excision. Guérison.

Le 5 juillet 1844 est entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 8, le nommé Durand, âgé de vingt-six ans, boucher, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de symptômes de scrofules ni d'affections vénériennes; nous ne trouvons également rien à noter par rapport à l'hérédité. La vue a toujours été fort bonne, lorsqu'il y a dix-huit mois le malade reçut à la région de la pommette le choc violent d'une grosse barre de fer. Quoi qu'il en soit de cette étiologie, toujours est-il

que ce ne fut qu'un an après qu'il survint quelques légers troubles de la vue. Son attention une fois éveillée, Durand s'aperçut bientôt que son œil gauche était plus petit que le droit, et que la paupière supérieure descendait plus bas de ce côté que de l'autre. Il n'éprouvait d'ailleurs aucune espèce de douleur; mais ce qui préoccupait vivement notre malade, c'était l'affaiblissement progressif de l'œil, qui arriva à un point tel, qu'un jour, ayant fermé l'œil droit, il ne put plus lire avec l'œil du côté opposé. Peu après, et en même temps que l'organe de la vision devenait impropre à remplir ses fonctions, une nouvelle difformité apparaissait. Le globe oculaire était en effet chassé graduellement de l'orbite en s'abaissant sur la joue. Le malade se décida alors à entrer à la Pitié.

Etat actuel. Avec l'œil gauche, et à toutes les distances, le malade distingue le blanc du noir, mais pas assez nettement pour pouvoir lire, et, de plus, ce qu'il peut voir il ne le distingue qu'à une distance plus grande que la distance ordinaire; en un mot il est *presbyte*. La pupille par elle-même est très-bien contractile; pas de strabisme ni de diplopie; l'œil jouissant de tous ses mouvements, a son volume normal; s'il paraît plus petit, cela tient à l'ouverture moindre des paupières. Les tumeurs sont parfaitement transparentes; la paupière inférieure est légèrement déjetée en dehors; la supérieure, un peu plus abaissée que l'autre, ne se relève pas autant, malgré les tentatives répétées du malade. Au-dessus de son bord libre se rencontre une légère saillie bosselée qui manque de l'autre côté et qui est plus prononcée quand le malade ferme les paupières. Pendant la contraction de l'élévateur, il est facile de s'assurer, avec la pulpe du doigt, qu'il ne passe aucune fibre de ce muscle entre la tumeur et la peau. Cherche-t-on à insinuer le doigt entre la voûte orbitaire et le globe oculaire, on rencontre vers la partie moyenne de la région une tumeur arrondie, dure, immobile, paraissant adhérer à la voûte de l'orbite, sans qu'on puisse s'assurer au juste, à cause de la profondeur qu'il faudrait atteindre, si elle envoie des prolongements, soit en dedans, soit en dehors, vers la glande lacrymale. La fluctuation peut y être soupçonnée; à l'aide du moyen indiqué déjà, on s'assure que le muscle releveur passe au-dessous de la tumeur.

Le 11 juillet. L'opération est pratiquée à l'aide d'une incision concentrique à l'arcade orbitaire, et à peu près parallèle aux fibres de l'orbiculaire; la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose palpébrale seuls se présentent d'abord, puis au-dessous d'eux apparaît une languette adipeuse qui peut faire présumer un instant qu'on a affaire à un lipôme. Il n'en était rien, car c'était le tissu cellulaire graisseux de l'orbite qui avait été chassé en dehors par le progrès de la tumeur. Cette première tumeur enlevée, il en apparut une seconde d'un aspect noirâtre, et qui avait toutes les apparences d'un kyste. Autant que l'on put tout d'abord en juger, ce kyste adhérait fortement à la voûte

de l'orbite. On l'incisa largement, et il en sortit une substance albumineuse semi-liquide, très-visqueuse. Il fut alors plus aisé de limiter les parois de ce kyste, qui affectait une forme elliptique d'avant en arrière et pouvait loger au moins uu œuf de pigeon.

La partie antérieure du kyste fut excisée dans la plus grande étendue possible. C'était là, en effet, la seule indication à suivre, car il eût été illusoire de chercher à détacher la portion adhérente à l'orbite, et qui s'était tellement confondue avec le tissu osseux qu'elle n'en a été plus distincte. A l'aide de bandelettes de diachylon, on tenta la réunion par première intention.

Le 15. Il s'est développé depuis l'opération une large infiltration sanguine de la paupière supérieure; ce qui empêche de découvrir l'œil d'une manière complète. La tentative de réunion immédiate a complètement réussi. Il n'est survenu, du reste, aucun accident depuis l'opération. On combat à l'aide de frictions mercurielles une légère tuméfaction sub-inflammatoire environnant l'orbite.

Le 20. Rien n'est survenu de fâcheux; l'ecchymose a tout à fait disparu; les paupières sont parfaitement libres et mobiles; l'œil est également mobile dans tous les sens. La pupille est parfaitement contractile; la vision n'est pas encore parfaitement nette, mais elle est meilleure qu'avant l'opération. Le malade voit de ce côté à la même distance que du côté opposé, il n'est donc plus presbyte.

Le 22. Il demande sa sortie (*Aug. Berard, Ann. d'oculist.* L. XI).

Kystes osseux. — Il y a aussi des kystes qui se développent dans les parois de la voûte orbitaire, tels sont les kystes osseux ou des parois orbitaires.

Ces kystes sont rares. M. le professeur Gosselin a publié une observation d'un kyste développé dans l'os frontal près de l'apophyse orbitaire externe et qui donnait lieu à une exophthalmie considérable. Il renfermait un liquide foncé, teinté de jaune et contenant des cristaux de cholestérine.

Les auteurs placent dans cette même catégorie les hydropisies du sinus frontal qui se développent du côté de l'orbite.

« M. O'B. Bellingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent, à Dublin, cite un cas d'hydropisie du sinus frontal gauche. C'était un malade qui portait une tumeur du

volume d'un citron environ, mesurant cinq pouces transversalement et trois pouces de haut en bas, située au front, au-dessus de la racine du nez et de la région des sourcils ; elle s'étendait du milieu du sourcil droit à la région temporale gauche et poussait en bas et en dehors l'œil gauche qu'elle cachait en partie. » (*Mackenzie. — Maladies de l'œil.*)

Voici encore un cas de ce genre observé et décrit par Sautereau dans le service de M. le professeur Richet :

Obs. IX. — Hydropisie du sinus frontal du côté droit. Ouverture dans l'orbite. Exophthalmos.

Mell, propriétaire à Avallon, vint, au mois de novembre 1868, consulter M. le professeur Richet, à qui il était adressé par M. le professeur Gubler, pour une tumeur qui avait déterminé une exophthalmie du côté droit.

Ce malade avait déjà consulté plusieurs oculistes qui lui avaient conseillé de prendre les avis d'un chirurgien.

Voici quels étaient ses antecédents :

Cet homme, âgé de 60 ans, éprouvait depuis plusieurs années, des saignements du nez. Si ceux-ci venaient à se supprimer, il était pris de violentes douleurs de tête, qui lui enlevaient tout sommeil et le jetaient dans des crises nerveuses entièrement pénibles. Un médecin crut qu'il s'agissait de céphalées d'origine syphilitique et ordonna le mercure et l'iodure de potassium, sans amener le moindre soulagement.

Parfois il lui arrivait de rendre par le nez autre chose que du sang, c'est-à-dire du sérum et une matière ressemblant à du pus. Depuis le mois de janvier dernier, depuis neuf mois par conséquent, il n'y a plus eu d'écoulement nasal.

A part cette incommodité, il n'a jamais fait de maladies sérieuses. Il est d'ailleurs fort et bien portant et son affection oculaire ne paraît avoir influencé en rien son bon état de santé.

État actuel. L'œil du côté droit est fortement déjeté *en bas* et *en dehors*, de sorte que, si l'on tire une ligne horizontale, la cornée droite est située à deux centimètres au-dessous de la cornée gauche.

Mais, pour voir l'œil, on est obligé de soulever la paupière supérieure œdématiée et comme allongée.

Depuis plus d'un mois, le malade ne distingue même plus le jour de la nuit de ce côté : la conjonctive boursouflée, forme autour de

la cornée un chémosis des plus notables, et la pupille est dilatée. Cela permet d'examiner le fond de l'œil où l'on constate que la papille est parfaitement saine, quoique vivement injectée et comme œdematiée. La rétine et la choroïde sont dans un état normal. Le globe oculaire lui-même ne paraît pas augmenté de volume. Ce qui le pousse ainsi en bas et en dehors et ce qui allonge la paupière supérieure, c'est une tumeur semblant occuper la bosse sourcilière, oblongue et allongée comme le sourcil sous lequel elle est située, ce qui paraît avoir rejeté l'arcade sourcilière de plusieurs millimètres en avant de celle du côté opposé.

Si on cherche quelle est la consistance de cette tumeur, on la trouve dure partout, sans bosselures, sans inégalités; mais si on introduit le bout du doigt indicateur au-dessous du frontal, de manière à le faire pénétrer dans la cavité orbitaire entre le plafond de l'orbite et le globe de l'œil, on trouve alors à la partie moyenne une bosselure parfaitement arrondie, à base large plaquée contre le plafond de l'orbite, molle, fluctuante, et jusqu'à un certain point dépressible. On dirait, en effet, qu'en la comprimant on chasse un liquide qu'elle contient et qui reprend sa place sitôt que la compression a cessé. D'ailleurs le malade n'éprouve que peu de douleurs pendant ces diverses explorations, et nous devons noter une légère sensibilité de la peau du front, déterminée probablement par la compression du rameau frontal, et enfin une absence complète de larmoiement.

En tenant compte de ces diverses particularités, du gonflement uniforme de l'arcade sourcilière, de la tuméfaction fluctuante à large base qui est apparue du côté de l'orbite, de la suppression brusque depuis tantôt dix mois de cet écoulement nasal alternativement muqueux, purulent et sanguin, M. le professeur Richet pense qu'il s'agit de ce que l'on a désigné sous le nom d'hydropisie du sinus frontal, avec perforation de la paroi inférieure de ce sinus, irruption dans l'orbite, et, comme conséquence, exophthalmie progressive en bas et en dehors. Dès lors, il propose au malade d'ouvrir la tumeur dans le point où elle est fluctuante pour pénétrer par là dans le sinus frontal et y établir un tube à demeure. Après quelques hésitations, cette opération est acceptée et pratiquée le 24 décembre 1868 de la manière suivante :

Immédiatement au-dessous du sourcil, à la base de la paupière supérieure, et parallèlement au pli du voile membraneux, une incision de deux centimètres de longueur est pratiquée, et, après avoir divisé toute l'epaisseur de cette paupière, on arrive sur un kyste dont la paroi membraneuse est assez fortement tendue. Une ponction est pratiquée, et il s'en écoule une quantité considérable d'un liquide filant, visqueux, ayant la couleur du café au lait un peu foncé. L'ouverture est agrandie: le doigt est porté dans le fond du sac, et on constate qu'il s'élève jusqu'à la partie la plus reculée de l'orbite. Nulle part on ne trouve les os à découvert; mais en retournant la pulpe du doigt

en bas et en avant du côté de la bosse sourcilière, on rencontre une ouverture par laquelle une sonde cannelée introduite parcourt manifestement toute la cavité du sinus frontal. Un tube en caoutchouc, perforé de trous latéraux, est introduit et maintenu dans cette ouverture, et le reste du sac est rempli avec de la charpie fine imbibée d'eau de noyer alcoolisée pour en provoquer la suppuration adhésive.

Le lendemain et les jours suivants, le malade se porte à merveille et ne paraît point ressentir la moindre fatigue de l'opération.

Peu à peu on diminue la quantité de charpie introduite dans la portion membraneuse du kyste, et dès la fin de janvier, il était complètement recollé et il ne restait plus que l'ouverture par laquelle sortait le tube en caoutchouc.

Petit à petit, l'œil s'était replacé dans l'orbite, la paupière supérieure s'étant relevée. Quand le malade quitta Paris, dans les premiers jours de mars, il ne restait plus qu'une petite ouverture fistuleuse fournissant à peine chaque jour quelques gouttelettes d'un muco-pus filant. L'œil avait repris peu à peu toutes ses fonctions en repassant par des phases analogues à celles qui avaient amené l'abolition complète de la vue, c'est-à-dire que le malade avait commencé à revoir la lumière, puis bientôt avait distingué les objets, enfin avait pu lire sans fatigue, mais à la condition de fermer l'œil du côté opposé.

En effet, quand il voulait regarder de deux yeux qui n'étaient pas sur le même plan, les objets paraissaient doubles, puis peu à peu la diplopie disparut.

Une fois depuis cette époque, l'ouverture s'étant obturée, le malade fut pris de douleurs violentes, et il se forma un peu d'exorbitisme.

Il revient à Paris, et M. Richet se contenta d'enfoncer une sonde et donner issue à un peu de pus liquide accumulé pour calmer la souffrance.

Dans le cas où ce phénomène reparaîtrait, M. le professeur Richet a l'intention de perforer la cloison osseuse qui sépare la cavité des fosses nasales du sinus frontal à l'aide d'un instrument recourbé qu'il a imaginé à ce sujet.

Cette ouverture permettait au liquide de s'écouler directement dans le nez et mettrait obstacle à toute collection nouvelle dans la cavité du sinus. (*Sautereau. — Tumeurs de la glande lacrymale.*)

Autres variétés de kystes. — Les *kystes dermoïdes* sont habituellement congénitaux. Ils présentent le même caractère que ceux des autres régions, c'est-à-dire qu'ils contiennent des débris d'épithélium, des poils, des dépôts calcaires et même des dents.

On trouve aussi des kystes qui se développent dans un cancer ou une tumeur fibro-plastique.

On a décrit aussi des kystes *glandulaires* ou *folliculaires* qui résultent du développement anormal des follicules du derme. On les appelle aussi kystes *mous*, *sébacés* ou *colloïdes*, suivant la nature et la consistance de leur contenu.

Les kystes orbitaires peuvent être multi-loculaires et chacune de leurs loges peut contenir un produit différent. Saint-Yves cite un cas dans lequel la tumeur était formée de trois cavités distinctes contenant : la première du pus, la deuxième une matière plâtreuse, épaisse, et la troisième un liquide muqueux.

Obs. X. — Kyste s'étendant au fond de l'orbite et contenant une dent.

Thomas Hard, jeune homme de 17 ans, d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital ophthalmologique d'Exeter, dans le service de M. Barnes, pour une tumeur qui s'opposait complètement à la vision de l'œil gauche. La tumeur était située au-dessous de l'œil, et occupait une très-grande partie de l'orbite. Elle paraissait s'étendre à une grande profondeur et faisait saillie en avant. La peau n'était point adhérente; l'œil intact. La tumeur avait paru dans la première enfance; et, à cette époque, elle n'était pas plus grosse qu'un pois.

Dans l'opération, on divisa le muscle oblique inférieur de l'œil qui paraissait tendu en travers de la partie antérieure de la tumeur. Le kyste adhérait solidement à l'angle externe et à une partie du bord inférieur de l'orbite. On l'ouvrit pour se donner de l'espace. Vers l'extrémité postérieure de la tumeur, à son côté interne, il paraissait embrasser un prolongement osseux pointu, naissant à peu près de la ligne de jonction de l'ethmoïde avec le maxillaire supérieur. Il fut enlevé sans difficulté; ce n'était autre chose qu'*une dent*. Le kyste adhérait solidement autour du collet. Le malade avait toutes ses dents. (*Observation de Barnes Mackenzie*, p. 248.)

Obs. XI. — Tumeur enkystée de l'orbite, renfermant des poils.

Cette tumeur, située à côté de la glande lacrymale, au côté externe de la paupière supérieure droite, prenait sa racine assez profondément

dans l'orbite. Elle était sphérique, du volume d'un marron, et contenait de la matière ressemblant à du pus coagulé, ainsi qu'une infinité de petits poils ayant beaucoup de ressemblance avec les cils. La tumeur fut enlevée en totalité. (*Ann. d'oculist.*, t. XII, p. 41).

Obs. XII. — Kyste composé. Ablation. Guérison.

Le 8 mars 1844 est entré à l'hôpital de la Pitié et dans le service ophthalmologique, dirigé par moi, le nommé Franco, 38 ans, charretier. Le début de la maladie remonte à trois ans; la cause en est restée inconnue; il n'y a jamais eu d'augmentation ni de diminution dans la sécrétion des larmes. L'œil commença par devenir plus saillant, les progrès du mal ont été lents. Le malade éprouve, depuis six semaines seulement, des picotements dans la tumeur, assez forts pour le réveiller la nuit.

Aujourd'hui, voici ce que j'observe : l'œil gauche, projeté directement en bas, atteint à peu près le niveau d'une ligne transversale qui passerait par le milieu du nez. Le globe oculaire a sa forme ordinaire il est mobile dans tous les sens; la pupille, très-peu contractile, est notablement rétrécie; la chambre antérieure est diminuée d'étendue antéro-postérieur... La cornée est légèrement exulcérée vers son diamètre quart inférieur. La vision est modifiée, en ce sens que le malade est myope du côté malade et non de l'autre; les paupières recouvrent l'œil, lorsque la contraction de l'orbiculaire est énergique, tandis que dans le clignement ordinaire, la partie antérieure de la cornée reste exposée au contact de l'air. La paupière supérieure présente deux convexités bien distinctes, séparées par un sillon transversal. La première résulte de la saillie de la tumeur elle-même; la seconde dépend de la convexité du globe oculaire. Si l'on invite le malade à relever brusquement la paupière supérieure, le doigt étant appliqué sur la convexité inférieure, on sent manifestement la contraction des fibres du releveur; vient-on à répéter la même expérience sur la convexité supérieure, rien de semblable ne se rencontre. Il est donc établi que le muscle élévateur de la paupière supérieure ne passe pas au-devant de la tumeur. Ajoutez à cela que, s'il en était ainsi, la paupière supérieure, fortement bridée en haut par la tumeur comprimant le releveur qu'elle appliquerait contre la paroi orbitaire, serait insuffisante pour recouvrir le globe de l'œil.

Par sa partie antérieure, la tumeur a la forme et le volume d'une noisette; la sensation de fluctuation y est évidente; plus profondément, la portion de tumeur accessible au toucher paraît se continuer, vers le côté externe de l'orbite, avec une autre tumeur plus dure, plus résistante.

15 mars. Une incision transversale et parallèle aux fibres de l'or-

bicilaire est pratiquée sur la paupière supérieure, du grand au petit angle de l'œil. La peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose palpébrale furent successivement incisées; la tumeur était dès lors à découvert, car le muscle releveur, comme on l'avait prévu, ne se présenta pas sous le bistouri. La tumeur, mise à nu, offrait la coloration noirâtre propre aux kystes. Elle fut incisée à sa partie antérieure, et il s'écoula une très-médiocre quantité du liquide transparent. Bientôt il fut facile de reconnaître que derrière le kyste, et se continuant avec lui, existait une tumeur plus consistante et plus volumineuse placée vers le côté externe de l'orbite. L'extraction de cette tumeur solide, occupant à peu près la place de la glande lacrymale, fut pratiquée avec le bistouri, les ciseaux, et surtout avec des instruments mousses.

Abstraction faite du kyste placé à sa partie antérieure, la tumeur était formée par un mélange de tissu glanduleux et de tissu encéphaloïde ramolli. L'orbite exploré avec soin pour ne laisser aucun vestige du mal, on reconnut immédiatement que la conjonctive avait été épargnée; l'œil rentra presque aussitôt à sa place ordinaire, et je m'assurai également que la vision était restée conservée. Pansement simple, pas de suture.

Le 18. Pas d'accidents; le malade a médiocrement souffert dans l'intérieur de l'orbite; il a dormi la nuit, et actuellement il est sans fièvre. Légère tuméfaction œdémateuse de la paupière supérieure qui est un peu ecchymosée; la conjonctive oculo-palpébrale offre elle-même, dans son tissu sous-jacent, les traces évidentes d'une infiltration sanguine.

Le 20. La réunion par première intention ne s'est point effectuée, et aujourd'hui la suppuration du fond de l'orbite s'est établie; elle est de bonne nature, médiocrement abondante.

Le 25. Plus d'ecchymose; la suppuration se tarit de plus en plus; l'œil gauche n'est pas plus proéminent que l'autre; la paupière se relève avec facilité; l'ulcération de la cornée a disparu; la chambre antérieure paraît agrandie; la vision est conservée, mais l'iris offre une dilatation anormale; la sécrétion des larmes ne présente rien de particulier. Le malade sort en cet état le 16 avril. (*Tavignot*, *Journ. des conn. méd. chirurg.*, t. XXXI, p. 13).

Obs. XIII. — Kyste à trois cavités.

J'ai traité une jeune fille de Goneffe, âgée de 12 ans, en 1718, d'une tumeur très-particulière, dont voici l'observation.

Cette tumeur prenait son origine au bas de l'orbite, au-dessous du globe de l'œil, dont elle tournait la prunelle vers le haut de la paupière supérieure et poussait la paupière inférieure d'un demi-pouce et

davantage en dehors. Ensuite, elle s'étendait de la largeur d'un pouce en descendant sur la joue.

Je pris jour avec M. Mery, premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu; M. Carrère, chirurgien de S. A. R., Madame et autres.

Je fis une incision à la peau et au muscle orbiculaire en forme de croissant renversé, aussi longue que l'étendue de la tumeur l'exigeait; ensuite je piquai la tumeur avec une érigne pour la soulever, je la séparai avec un bistouri des endroits auxquels elle était adhérente, c'est, à savoir, du muscle orbiculaire, de la membrane commune de l'œil, et de la paupière inférieure. La tumeur séparée, je coupai avec des ciseaux droits sa racine qui était dure comme un cuir bien ferme; après quoi je pansai cette plaie et dans l'espace de treize jours, elle fut parfaitement guérie. L'œil reprit sa place, la prunelle se trouva dans sa situation naturelle, et la malade revoit de cet œil comme de l'autre.

Il faut remarquer que cette tumeur avait trois cavités. Celle qui était la plus prochaine de la peau contenait une matière purulente assez liquide. La seconde était remplie d'une matière plus épaisse et en partie plâtreuse. Celle de la troisième était comme du blanc d'œuf.

J'avais cru, avant de faire cette opération, qu'il y avait deux inconvénients à éviter, qui auraient pu en empêcher la réussite. Le premier était de couper la membrane commune à l'œil et à la paupière, parce que si cela était arrivé, les larmes qui coulent continuellement dans l'œil, seraient tombées dans la plaie et l'auraient empêchée de se fermer.

Le second inconvénient était de couper le canal commun, qui porte les larmes dans le sac lacrymal; parce que, au lieu de prendre la route du nez, elles auraient pris celle de la plaie, et auraient fait obstacle à la guérison. (*Saint-Yves. Nouveau traité des maladies des yeux*, p. 147.)

SYMPTOMATOLOGIE.

L'*exophthalmie* ou projection de l'œil en avant et l'*existence* d'une tumeur particulière dans un point de la cavité orbitaire, sont les deux symptômes principaux que les kystes de l'orbite peuvent produire.

L'existence de la tumeur dans un point de la cavité orbitaire peut ne pas être perçue à une époque peu avancée de la maladie ou quand le kyste s'est développé au fond de l'orbite.

Au début, l'affection est indolente dans la plupart des cas ; cependant, il y a plusieurs observations dans lesquelles le malade accusait une vive douleur comme point de départ de l'affection. Si la douleur s'est montrée, elle n'a pas été persistante et plus tard la maladie a pris le caractère indolent qu'elle prend dans la plupart des cas. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que le malade accuse de la tension, de la plénitude dans l'œil, une douleur sourde et profonde qui se montre surtout dans les mouvements du globe oculaire et qui s'irradie vers la tempe, le front, quelquefois à toute la moitié de la tête ; des malades ont eu la sensation d'un corps étranger ou de picotements dans l'œil.

L'*exophthalmie* est le principal symptôme apparent qui fasse soupçonner l'affection. Si le kyste n'est pas rétro-oculaire, ce qui est le cas le plus commun, un certain degré de strabisme attire aussi l'attention du malade. Le globe oculaire est porté en haut, en bas, en dedans ou en dehors selon le point où siége la tumeur. Alors on trouve de la *myopie* ou de l'*hypermétropie* selon que la tumeur comprime le diamètre vertical ou le diamètre antéro-postérieur.

A mesure que l'exophthalmie fait de nouveaux progrès, la vue se trouble et il se montre de l'*amblyopie* ou de la *diplopie*. Le malade exprime la sensation de *phosphènes* ou voit les objets plus ou moins difformes. Ces phénomènes, sujets au début à quelques variations, augmentent à la fin et donnent lieu à de la *photophobie* et même de l'*amaurose* avec dilatation et immobilité de la pupille quand le nerf optique a été fortement allongé.

Les douleurs deviennent de plus en plus fortes; cependant on trouve des malades qui n'éprouvent jamais aucune douleur. La sensation de pression, de tension

profonde, devient de jour en jour plus forte et plus gênante ; elle s'étend généralement à la narine, aux tempes, au front ; elle prive le malade de sommeil et il survient de la perte d'appétit et de l'amaigrissement. Quelquefois même, on a vu la douleur produire du délire.

Les *mouvements* du globe oculaire de plus en plus difficiles à mesure que la tumeur augmente, finissent par disparaître complètement.

Les *paupières* rejetées en avant par la propulsion du globe oculaire s'œdématient ou se vascularisent plus ou moins; leur distension ajoute encore à la gêne des mouvements oculaires. Elles s'inclinent souvent soit en dehors, soit en dedans, restent quelquefois séparées l'une de l'autre, même pendant le sommeil, et contractent des adhérences avec le globe oculaire. Alors *l'œil* fixe, toujours en contact avec l'atmosphère, est enflammé par les corps étrangers qui viennent se placer sur sa surface libre ; la *cornée* se trouble, s'enflamme et s'ulcère, peut même se perforer et donner lieu à la fonte de l'œil ; la *conjonctive* rejetée en avant forme un bourrelet épais autour de la cornée.

La *sécrétion* et l'*excrétion* des larmes ne sont en général aucunement altérées. Quelques auteurs ont trouvé cependant de la *sécheresse* de l'œil, et ont surtout observé cette sécheresse quand la tumeur siégeait dans l'épaisseur ou dans le voisinage de la glande lacrymale. On a aussi observé l'*épiphora*.

Hypermétropie ou myopie. — Les kystes de l'œil et en général toutes ces tumeurs qui repoussent le globe oculaire, lui font éprouver des changements de forme. Tavignot a prouvé que les tumeurs situées sur les parois

de l'orbite compriment l'œil dans la direction de son équateur, allongent le diamètre antéro-postérieur et produisent de la *myopie*; dans le cas contraire, elles donnent lieu à de l'*hypermétropie*.

La marche de ces tumeurs est variable. A une époque un peu éloignée de l'apparition de ces symptômes et selon le siége de l'affection, on voit apparaître dans un point du contour orbitaire, une tumeur qui soulève l'une ou l'autre paupière; cette tumeur est séparée du globe oculaire par un sillon plus ou moins sensible. Quand le kyste siége dans la cavité orbitaire, on est en présence d'une tumeur généralement ronde, élastique et plus ou moins fluctuante, indolente à la pression et qui ne semble adhérer ni à la peau qui la recouvre, ni aux parois de l'orbite; on reconnaît facilement qu'elle se prolonge dans cette cavité. A la compression, le malade, qui conserve encore la vue, accuse des phosphènes.

Si l'on n'intervient pas, la cavité orbitaire cède à la pression, tend à s'élargir et à se perforer du côté du cerveau, de la tempe, des sinus frontaux et maxillaires; elle peut prendre des proportions énormes et gêner les fonctions des organes voisins.

« Un jeune homme, âgé de 20 ans, offrait un kyste orbitaire qui proéminait sous l'œil. Delpech enfonce un bistouri à travers la paupière inférieure; écoulement d'une quantité énorme de sérosité citrine; le doigt porté dans cette ouverture, entre jusque dans le crâne à travers le trou optique où le kyste se prolongeait; quelques jours après, réaction encéphalique, mort. A l'autopsie, on a constaté que le kyste se prolongeait dans l'étendue de trois pouces dans le crâne et au-dessous du lobe gauche du cerveau. »

Les divers symptômes que nous venons d'énumérer,

peuvent se résumer en trois périodes : la première comprend la sensation de plénitude, les douleurs et les troubles qui précèdent l'exophthalmie; la seconde, l'exophthalmie elle-même ainsi que l'immobilité du globe et les troubles visuels qui en sont la conséquence; la troisième, enfin, la fonte de l'œil, la rupture des parois et tous les désordres graves que nous avons passés en revue.

DIAGNOSTIC.

Quand le malade n'éprouve qu'une tension incommode au fond de l'orbite, il est bien difficile de pouvoir se prononcer sur la nature de l'affection qui la produit; en effet, cette tension peut être occasionnée soit par une tumeur, soit par une ophthalmie. Mais quand le globe de l'œil commence à se projeter en avant, quand il a subi une déviation d'un côté ou d'autre, quand la tumeur devient sensible à la vue, le diagnostic est plus certain. C'est alors, en effet, qu'elle fait saillie à l'extérieur et qu'elle se montre avec des caractères physiques assez tranchés pour établir la nature, le siége, le point de départ, le volume et les rapports de la production morbide.

La première question à se poser est celle-ci : s'agit-il d'une tumeur liquide ou d'une tumeur solide?

La *ponction exploratrice* est un de nos grands moyens pour diagnostiquer les kystes.

La *palpation*, la *fluctuation* et la *ponction* nous feront écarter les tumeurs solides.

La douleur existe toujours dans les tumeurs cancéreuses.

L'implication des muscles et des nerfs paraît, selon

de Graefe, être plus prompte dans les tumeurs malignes, quelquefois même avant l'apparition de l'exophthalmie. Au contraire, dans le cas de kystes, les muscles restent intactes pendant longtemps.

L'*auscultation* joue aussi un rôle très-important dans les tumeurs de l'orbite. Elle nous permet de décider si l'affection est ou non de nature vasculaire. En plaçant le stéthoscope on entendra un bruit de souffle propre aux *tumeurs sanguines*. Ce bruit de souffle saccadé disparaît par la compression de la carotide. Travers fit en 1809, pour la première fois, et avec un heureux résultat, la ligature de la carotide interne pour guérir une tumeur de cette classe.

La *maladie de Basedow*, le *goître exophthalmique* pourrait, par l'exophthalmie qu'elle produit, donner lieu à une erreur de diagnostic; mais les autres symptômes, comme les palpitations, l'hypertrophie du corps thyroïde, écarteront toute équivoque.

Lorsqu'on a affaire à un *phlegmon*, on constate des douleurs très-aiguës et des phénomènes inflammatoires intenses qui donnent généralement lieu à la formation d'*abcès*.

Quand un certain nombre de *muscles moteurs* du globe oculaire sont paralysés, l'œil pend en avant par suite de son propre poids, il y a *ophthalmoptosis* ; mais dans cette affection le globe peut être facilement remis à sa place par une légère compression.

Siége du kyste. La myopie et l'hypermétropie acquises permettent de diagnostiquer le siége d'implantation de la tumeur. Dans un cas observé par Gales, cité par Galezowski, en 1865, il s'agissait d'un kyste séreux placé entre la paroi orbitaire et le globe oculaire, et la

myopie acquise était sa conséquence ; le kyste vidé par la ponction, l'exophthalmie diminuait et la myopie disparaissait ; quand le liquide se renouvelait, les mêmes symptômes se montraient de nouveau.

Une fois le kyste reconnu, il reste à déterminer quel est son siége, son volume, sa forme ; quels sont ses rapports, s'il est adhérent ou s'il envoie des prolongements dans les parties voisines. Le volume de la tumeur, sa forme, ses adhérences, ne peuvent pas être reconnus qu'à l'aide d'un examen approndi et lorsqu'elle fait saillie en dehors.

Il faut toujours examiner d'une manière précise les rapports de la tumeur avec les cavités osseuses voisines.

PRONOSTIC.

Les kystes de l'orbite traités d'une manière convenable ne présentent aucun danger sérieux ; ils mettent rarement la vie en péril. Le retour plus ou moins complet de la vision dépend de l'état de l'œil et de ses annexes au moment de l'opération ; la vue plusieurs fois abolie par la grande distension du nerf optique, s'est rétablie dans toute son intégrité au bout d'un certain temps et une fois l'œil rentré dans l'orbite. Dans quelques cas, il est resté du strabisme ou de la difficulté dans les mouvements.

Aggravation du mal, perte de la vue, désorganisation plus ou moins complète de l'œil, c'est ce qu'on observe presque toujours quand on n'intervient pas. Il faut agir dans cette affection, dont on n'a pas observé un seul cas de guérison spontanée.

TRAITEMENT.

Le traitement chirurgical est le seul qui convienne à cette affection.

Les indications sont au nombre de deux : vider le kyste, empêcher sa reproduction.

Pour remplir la première indication, nous pouvons recourir à la ponction simple, à l'incision, à l'excision partielle ou à l'ablation complète du kyste. Pour remplir la seconde, nous emploierons les injections de teinture d'iode on de n'importe quelle substance irritante.

Examinons avec détail ses différents procédés.

Ponction simple du kyste. — La ponction faite avec le bistouri ou avec le trocart, pourra sans doute débarrasser le malade pour un moment si le contenu du kyste est liquide et si la cavité n'est pas multiloculaire ; mais ce moyen n'est que palliatif parce qu'une fois l'ouverture fermée, le kyste se reproduit de nouveau. Dans notre observation le kyste s'est reproduit dès le lendemain avec le même volume qu'avant l'opération.

Pour obvier à cet inconvénient, on a conseillé de maintenir une canule à demeure et de faire des injections avec une substance irritante (vin, alcool, solution de nitrate d'argent, teinture d'iode, etc., etc.). Ce procédé a donné quelques résultats satisfaisants ; il a été employé dans les kystes simples.

Incision du kyste. — Ce moyen est plus avantageux que le premier, mais il faut faire l'incision un peu large pour donner facilement issue au contenu, et introduire dans la poche des boulettes de charpie pour produire une

inflammation suppurative, inflammation qui doit amener l'oblitération complète de la cavité.

Excision d'une partie du kyste.—Ce procédé est meilleur que le précédent, parce qu'il rend impossible l'agglutination des bords de l'ouverture. C'est le procédé qui convient dans le traitement des kystes cloisonnés et hydatiques.

Ablation complète du kyste. — C'est à ce procédé qu'il faut recourir chaque fois qu'on peut le faire ; c'est lui qui convient surtout dans les kystes composés.

BIBLIOGRAPHIE.

Abadie. — Maladie des yeux.

Berard (Aug.). — Recherches pratiques sur les tumeurs enkystées de l'orbite. (Ann. d'oculist., 1844, t. XII, p. 162-257.)

Barnes. — Medical transactions, t. IV, p. 316-321.

Broca. — Union médicale, avril 1861, p. 159.

Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique.

Carron du Villards. — Etudes pathologiques et cliniques sur les différentes espèces d'exophthalmies.

Id. — Maladies des yeux.

Delpech. — Clinique chirurgicale de Montpellier.

Demarquay. — Des tumeurs de l'orbite.

De Graefe, de Berlin. — Clinique ophthalmologique.

Demours. — Traité des maladies des yeux.

Follin et Duplay. — Pathologie externe.

Fano. — Maladies des yeux.

Galezowski. — Maladie des yeux.

Goyraud. — Annales de chirurgie française et étrangère, t. VIII, p. 476.

Mackenzie. — Traité pratique des maladies de l'œil.

Rognetta. — Traité d'ophthalmologie.

Sautereau. — Tumeurs de la glande lacrymale.

Saint-Yves. — Nouveaux traité des maladies des yeux.

Tavignot. — Réflexions pratiques sur les kystes développés dans l'orbite. (Journ. des conn. méd.-chirurg., 1848, t. XXXI, p. 11.)

Id. — Traité clinique des maladies des yeux.

Wecker. — Maladies des yeux.

Wells. — Traité pratique des maladies des yeux.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. — Structure et développement des os.

Physiologie, — Du sperme.

Physique. — Des leviers; application à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomorphisme, de l'isomérie et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale; procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs des végétaux? quels sont les procédés les plus souvent employés pour les extraire, les clarifier et les conserver? qu'entend-on par sucs extractifs acides, sucrés, huileux, résineux et laiteux? quelles sont les formes vous lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : Le président de la Thèse,
LE FORT

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
A. MOURIER